

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 117.

LA
DILATATION ŒSOPHAGIENNE

DANS

LE CANCER DU CARDIA

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Mai 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond LANNOIS

Né le 26 Octobre 1870, à Autun (Saône-et-Loire),

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1898

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 117.

LA
DILATATION ŒSOPHAGIENNE

DANS

LE CANCER DU CARDIA

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Mai 1898

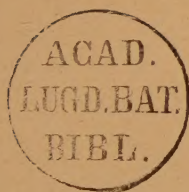
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond LANNOIS

Né le 26 Octobre 1870, à Autun (Saône-et-Loire),

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.

LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVÉAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL agrégé
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
CHANDELUX.	POLLOSSON (A.)	BOYER.	BARRAL.
BEAUVISAGE.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CONDAMIN.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	BORDIER —
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, Président ; M. ROUX, Assesseur ;

MM. BOYER et COLLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Au moment de terminer notre scolarité médicale, c'est pour nous un devoir, que nous sommes heureux de remplir, de remercier nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux pour leurs profitables leçons et la constante bienveillance qu'ils nous ont témoignée.

M. le professeur Lépine nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous l'en remercions vivement et l'assurons de notre gratitude pour les conseils si éclairés et si efficaces dont il honore plusieurs membres de notre famille dans de graves maladies.

C'est une dette de reconnaissance dont nous sommes heureux de proclamer le durable souvenir.

M. le professeur agrégé Collet, à qui revient l'inspiration de ce travail, nous a toujours témoigné une amicale bienveillance, nous ne saurions oublier combien nous lui sommes redevable.

LA
DILATATION ŒSOPHAGIENNE
DANS
LE CANCER DU CARDIA

INTRODUCTION

Alors que nous suivions la clinique de M. le professeur Lépine, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer à l'autopsie d'un malade de ce service, une pièce assez rare qui attira notre attention. Il s'agissait d'un homme mort d'un cancer du cardia, qui présentait une dilatation considérable et totale de l'œsophage.

M. le professeur agrégé Collet nous proposa d'étudier ce cas et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous ne saurions avoir la prétention de retracer ici l'histoire du cancer du cardia, c'est un sujet trop vaste dont les différents points de vue ont été examinés, mais il nous a paru intéressant de rechercher :

Quelles étaient les conditions pathogéniques de cette dilatation ;

Quelles modifications un pareil changement du calibre

de l'œsophage apportait à la symptomatologie du cancer du cardia;

Ainsi qu'un point particulier dans le diagnostic des cancers de l'estomac.

Avant d'aborder l'histoire de la dilatation supra-cancéreuse de l'œsophage, nous dirons quelques mots de son anatomie normale.

Si sa terminaison est bien évidente au cardia, sa limite supérieure est assez indécise et c'est artificiellement que l'on admet qu'il commence au bord inférieur du constricteur inférieur du pharynx, au niveau du corps de la cinquième vertèbre cervicale. Le point de repère très évident est la base du cartilage cricoïde. Étendu le long de la colonne vertébrale dont il reproduit les inflexions, il se termine en bas au cardia, à gauche du corps de la onzième vertèbre dorsale dont l'aorte abdominale le sépare. Le point de repère antérieur est au niveau de l'articulation du septième cartilage costal gauche avec le sternum. La position profonde du cardia rend compte de l'absence de signe objectif à la palpation dans le cas de tumeur de cet organe.

La longueur de l'œsophage est de 23 à 25 centimètres dont 5 pour la portion cervicale et 2 pour la partie sous-diaphragmatique. Son calibre, suivant Sappey, représente deux troncs de cône unis par leurs petites circonférences au niveau de la bifurcation de la bronche gauche; en ce point il n'a que 20 millimètres de diamètre.

L'orifice supérieur mesure de 22 à 24 millimètres, tandis que le cardiaque aurait de 24 à 26 millimètres. Sappey avait obtenu ces valeurs par l'insufflation d'œsophages préalablement enlevés de leurs connexions. Cette

pression intérieure, non contre-balancée par les organes voisins, pouvait à elle seule produire la dilatation. Le procédé était donc entaché d'erreur.

M. Mouton (*Cathétérisme œsophagien*, Paris 1874) a suivi une autre méthode. En coulant du plâtre par l'extrémité cardiaque de l'œsophage, tous les organes étant en place, il est arrivé aux valeurs suivantes. L'œsophage est un cylindre mal calibré présentant trois rétrécissements : 1^o à l'origine ; 2^o 7 centimètres au-dessous ; 3^o au cardia. Sur ces trois points son diamètre n'est que de 14 millimètres, et entre ces détroits de 17 à 21 millimètres.

Les parois de l'œsophage ont une épaisseur de 4 millimètres et sont composées par quatre couches :

a) Une membrane fibreuse, fibro-conjonctive avec des fibres élastiques. Dans sa portion thoracique, les anastomoses des deux pneumogastriques forment un réseau très serré que la dilatation tire, ainsi s'expliquent les douleurs que provoque l'ingestion de bols alimentaires trop volumineux, surtout lorsque l'œsophage est malade.

b) La musculuse, de beaucoup la plus importante et la plus épaisse, comprend deux couches de fibres :

1^o Une externe composée de petits faisceaux juxtaposés et parallèles dans toute l'étendue de l'œsophage ;

2^o L'autre interne de fibres parallèles et circulaires quelque peu entre-croisées.

La nature de l'élément musculaire n'est pas déterminée avec précision. Sappey enseigne que ce sont des fibres lisses, d'autres auteurs, qu'elles sont striées.

Schwann, Michel ont démontré que les fibres musculaires étaient striées dans le tiers supérieur jusqu'au tho-

rax, mélangées de fibres lisses dans la moitié supérieure de la portion intrathoracique, et exclusivement lisses dans la moitié inférieure. Ces deux ordres de fibres sont juxtaposées et non continues comme l'avait dit Bowmann.

c) Cellulo-fibreuse qui adhère intimement à la muqueuse et d'une façon très lâche à la musculieuse.

d) La muqueuse a une coloration blanchâtre qui tranche nettement sur la couleur rosée du pharynx et la muqueuse gris cendré de l'estomac. La couche épithéliale, composée de cellules cylindriques à cils vibratiles chez le fœtus, devient pavimenteuse stratifiée chez l'enfant. Au-dessous, le stroma conjonctif entremêlé de fibres élastiques et musculaires lisses, formant une *muscularis mucosæ* vue par Kolliker, renferme un grand nombre de glandes en grappe mucipares, faisant relief sous la couche épithéliale, et versant leur mucus dans l'œsophage par de petits canaux très déliés et longs de 2 millimètres.

Le cardia est dépourvu de valvule et de sphincter, aussi est-il facilement dilatable. A son niveau les fibres longitudinales, obliques et circulaires de l'œsophage s'épanouissent sur l'estomac pour former les trois couches de sa musculature, mais elle ne forment pas au cardia un anneau comme au pylore qui s'oppose au reflux des aliments ingérés. Au point de vue du développement, le cardia appartient plus à l'œsophage qu'à l'estomac, et le cancer qui s'y développe a une symptomatologie plus œsophagienne que stomacale.

HISTORIQUE

Les auteurs de l'antiquité n'eurent pas une très riche pathologie œsophagienne.

La syphilis inconnue ou presque, l'alcoolisme bien moins répandu, le cancer beaucoup plus rare leur enlevait la majeure partie des rétrécissements organiques, en même temps qu'une vie industrielle si peu active leur évitait les occasions des rétrécissements cicatriciels. Mais des troubles portant sur une fonction aussi indispensable que l'alimentation ne sauraient passer inaperçus, et le malade, pour inintelligent qu'il soit, pourra toujours discerner et décrire une dysphagie progressive au point de le priver d'aliments solides.

Aussi Galien avait déjà étudié quelques symptômes et décrit des carnosités de l'œsophage, rapportant à cet organe toutes les affections si diverses qui s'opposent à l'ingestion des aliments. Il avait remarqué que la déglutition dans la position couchée, déjà difficile à l'état normal, était impossible avec un œsophage malade.

Mais quelle confusion dans cette pathologie qui rapportait à l'œsophage, sous l'étiquette dysphagie, toutes les

causes gênant la déglutition, jusqu'aux angines du pharynx inférieur. La simple description symptomatique ne pouvait suffire pour la détermination des affections et il faut arriver jusqu'au siècle dernier pour que les auteurs s'attachent, ayant la possibilité des autopsies, à reconnaître et différencier les lésions qui déterminent les symptômes observés. L'inflammation de l'œsophage, le cancer, devinrent des types distincts avec Boerhave et Van Swieten, puis Vater et Hofman créèrent l'œsophagisme

Mais ces essais laissaient encore bien des confusions. En 1830, Monnière publia son *Essai sur les affections de l'œsophage* qui fut et reste encore aujourd'hui le recueil toujours consulté de ceux qui s'occupent de la pathologie de cet organe.

Cependant, sous l'influence des doctrines de Broussais, on y voit la simple œsophagite décrite comme le premier stade nécessaire du cancer et celui-ci la conséquence toujours possible de toute inflammation banale. Mais les recherches anatomiques avec Cruveilhier et Lebert vinrent bientôt faire justice de cette erreur.

En 1853 parut la thèse d'agrégation de Follin sur *les Rétrécissements de l'œsophage* ; il rapporte le premier cas d'œsophage tuberculeux et nie, avec Nélaton, le rétrécissement syphilitique, malgré les succès que leur avait donné le mercure. Dans ce travail, les rétrécissements cicatriciels et cancéreux sont au point de vue symptomatique identifiés.

La pathologie essentielle de l'œsophage était fondée depuis les recherches de Monnière. En 1864, parut l'ouvrage de Béhier, où, rassemblant cent soixante et une observations de rétrécissements de l'œsophage, il étudie

chaque détail en particulier. Déjà Follin avait signalé la dilatation de l'œsophage au-dessus de l'obstacle ; pour Béhier, cette dilatation est constante et d'autant plus certaine que le cancer siège plus bas, vers le cardia. Plusieurs travaux furent publiés sous l'influence de Béhier, et depuis il fut admis que le cancer du cardia s'accompagne toujours de dilatation de l'œsophage.

Cette idée toute théorique, et admise par analogie avec les affections du cœur, de la dilatation en deçà d'un obstacle, est loin de répondre à la majorité des cas. Déjà Lebert s'étonnait de sa rareté au-dessus de rétrécissements très serrés, car il ne l'avait rencontrée que deux fois sur neuf ; puis la réaction se faisant contre l'affirmation trop absolue de Béhier, il est devenu classique d'ignorer ces dilatations : Michel les considère comme exceptionnelles et, dans les derniers traités de médecine, on la nie simplement.

Nous avons recherché les observations de cancer du cardia qui ont été publiées et nous nous proposons de faire l'histoire de cette complication assez rare, mais dont nous avons pu réunir quelques exemples.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La localisation au cardia du cancer est assez rare : Lebert, dressant statistique des cas qu'il avait observés, assigne au cardia moins de la onzième partie des cancers atteignant l'estomac (5 sur 58). Brinton sur 360 cas avait trouvé 36 cancers du cardia soit 1/10. Cette proportion que l'on accepte généralement semble trop élevée; aujourd'hui que la clinique sait mieux déceler les cancers de l'estomac, nous avons vu un très grand nombre de cancers du pylore, et très peu du cardia. Jesset (dans son *Traité des maladies chirurgicales de l'estomac et de l'intestin*, Londres 1892) réunissant les statistiques précédentes et y ajoutant ses observations, sur 1821 cancers de l'estomac, n'a rencontré que 158 cancers du cardia soit 8,5 pour 100.

La statistique de Brinton porte 210 cas de cancer du pylore, 70 de la petite courbure et seulement 36 du cardia. De même Luton, réunissant 102 observations publiées par Louis, Lebert et Dietrich trouva 50 localisations au pylore, 17 à la petite courbure et 8 seulement au cardia.

Cette fréquence double à la petite courbure infirme la loi générale d'Andral que, lorsqu'un organe est malade

et spécialement atteint de cancer, c'est à ses orifices que se fait la plus fréquente localisation.

D'après Rokitansky, de même que le cancer du pylore intéresse uniquement la face gastrique de ce sphincter et ne se propage que sur la muqueuse de l'estomac sans envahir le duodénum, de même le cancer du cardia reste cantonné à cette place sans empiéter sur la muqueuse gastrique. Cette observation, vraie en général, n'est pas absolue et souffre des exceptions tant pour le pylore que pour le cancer du cardia. Cruvelhier relate l'observation d'un cancer du cardia s'étant propagé dans les deux directions et ayant détruit presque complètement la petite courbure. Artus (*Bullet. Soc. anat.*, 1874) présente un volumineux cancer du cardia s'étendant sur la petite courbure. Ribbentrop (*Annales de Schmidt*, 1846) rapporte un autre cas où l'œsophage était transformé en un tube squirrheux et où la dégénérescence cancéreuse s'étendait également à l'estomac. Méry (*Bullet. Soc. anat.*, 1885), Mirallée (*id.*, 1892), Galliard (*Semaine Méd.*, 1895), rapportent des cas identiques où le cancer s'était étendu à l'œsophage et à l'estomac.

On a longtemps confondu sous le nom général de cancer, de squirrhe, toutes les tumeurs malignes atteignant l'estomac. De Cruvelhier date les premières études anatomo-pathologiques qui apportèrent la lumière dans le chaos où les tumeurs les plus diverses étaient confondues. Lebert chercha à établir les caractères microscopiques qui lui permirent de distinguer plusieurs variétés, par ordre de fréquence : les encéphaloïdes, les squirres et les épithéliomes. Les affections cancroïdales à type épidermique sont rares ; c'est lui qui en observa le premier cas. Mais il semble

que Lebert a été trompé par une longue série de cancers d'un autre type, car les observations d'épithéliomes se firent de plus en plus fréquentes et Lancereaux (*Bull. Soc. an.*, 1861) les considère comme les plus nombreux.

Malheureusement dans la majorité des observations de cancers du cardia qui ont été publiées, et surtout dans les anciennes, l'examen anatomo-pathologique n'a pas été fait, ou du moins n'est pas rapporté. Aussi le nombre des cas est insuffisant pour établir la fréquence relative.

Le cancer du cardia présente deux aspects bien différents suivant sa nature et la durée de son évolution; le plus souvent, c'est un anneau de 1 à 2 centimètres de hauteur sur 2 ou 4 centimètres d'épaisseur qui obstrue l'orifice supérieur de l'estomac; quelquefois le cercle n'est pas complet et l'on trouve sur la circonférence du cardia deux ou trois plaques dures faisant relief sous la muqueuse et qui semblent indépendantes l'une de l'autre. Lorsqu'on ne trouve qu'une de ces plaques cancéreuses, c'est ordinairement en avant et à gauche de l'orifice cardiaque. Plus rarement le rétrécissement est formé par une masse fongueuse, molle et bosselée, qui obstrue la lumière du conduit œsophagien d'un volume très variable de la grosseur d'une noisette à celle du poing ou davantage. Dans ces cas l'œsophage est envahi par les prolongements de cette masse bourgeonnante, et la muqueuse est détruite sur toute la longueur de l'œsophage. Il semble que cet aspect différent soit dépendant du point de départ du néoplasme. Les tumeurs à début glandulaire forment de petites saillies sous la muqueuse qu'elles soulèvent, laissent très longtemps intacte et n'intéressent qu'à la fin de leur évolution. Elles peuvent acquérir le volume d'un

œuf de poule et obstruent alors complètement l'œsophage. Leur tendance naturelle est la prolifération, elles donnent de nombreux bourgeons dont le développement rapide apporte une marche inquiétante aux symptômes de rétrécissement, mais leur désagrégation est également facile et la suppression de l'obstacle amène une amélioration immédiate qui inspire au malheureux patient des espérances rapidement déçues.

Les tumeurs qui débutent par les cellules de la muqueuse, ont plus de tendance à l'ulcération qu'à la prolifération. Elles s'étendent de proche en proche à toute la muqueuse avoisinante aussi bien de l'œsophage que de l'estomac. Leurs prolongements s'insinuent dans les tuniques œsophagiennes dont ils détruisent les éléments. Elles se propagent par continuité aux organes voisins, jusqu'à la colonne vertébrale et à la moelle et, après élimination des portions envahies, il se produit des fistules et des cavités prêtes à toutes les infections.

Mais la forme la plus fréquente du cancer du cardia est le squirre, caractérisé surtout par l'abondance du tissu conjonctif dans les travées duquel se trouvent de rares îlots épithéliaux.

Il débute dans la sous-muqueuse et semble respecter les glandes et la muqueuse. C'est d'abord une petite plaque, qui fait une saillie peu appréciable dans l'œsophage au-dessus de laquelle la muqueuse paraît intacte, tandis que dans les formes précédentes, il n'y a aucune distinction possible entre la muqueuse et le tissu même de la tumeur.

Les progrès de l'évolution en font un anneau plus ou moins complet ou régulier, rigide et inextensible dont la tendance naturelle est la rétraction et la constitution d'un

rétrécissement plus ou moins serré. Quelquefois le néoplasme s'étend à l'œsophage tout entier, comme dans le cas de Ribbentrop (*Annales de Schmidt*, 1846); celui-ci devient un tube rigide et immobile, ce qui met obstacle à la déglutition des solides tout au moins, dont la bonne exécution exige un œsophage extensible et ayant conservé ses mouvements péristaltiques.

Mais ces étiquettes de cancer encéphaloïde, squirreux indiquent des modalités plutôt que des formes anatomiques; ce sont des caractères d'évolution. Au point de vue microscopique, les cancers du cardia sont formés d'épithélium pavimenteux ou d'épithélium cylindrique, suivant que leur point de départ a été œsophagien ou stomacal dans ce lieu de jonction, des deux muqueuses. C'est Lebert (*Anatom. path.*, t. II) qui a donné la description du premier cas de cancer œsophagien constitué par des cellules d'épithélium corné avec les globes concentriques d'épiderme. Il rapporte une observation d'Hannover : une femme de cinquante-deux ans présentant au cardia une tumeur à type cancroïdal qui se continuait vers la petite courbure; et une autre de Schuh (*Anatomie des pseudoplasmes*), où il s'agit également d'un épithélium pavimenteux du cardia.

Ces faits avaient d'abord été considérés comme des raretés, et toutes les anciennes observations de cancer du cardia, où l'on donne quelques renseignements anatomo-pathologiques étaient étiquetées cancers encéphaloïdes, mais l'observation plus exacte des faits montre que la majorité des cancers du cardia sont du type de l'épithélium pavimenteux.

Il présente un aspect granuleux, gris ou blanc rosé, avec de nombreux tractus fibreux par places, dur et criant

sous le scalpel, tandis que les portions avoisinantes sont très molles et très friables. Par le raclage, on obtient des grumeaux qui flottent dans l'eau, mais pas le suc cancéreux, miscible à l'eau. Au contraire l'épithéliome à type cylindrique est plutôt bourgeonnant, de consistance molle et donne par le raclage un abondant suc cancéreux qui est contenu dans des alvéoles conjonctives avec des cellules où se reconnaît le type d'épithélium cylindrique.

Les ganglions péri-œsophagiens sont toujours indurés dans le cancer du cardia, mais assez rarement les ganglions sus-claviculaires.

La généralisation du cancer lorsque le cardia est atteint primitivement est assez rare, sans doute à cause de l'évolution particulièrement rapide qui tient plus à l'inanition qu'à la cachexie cancéreuse ; cependant dans quelques cas où le rétrécissement n'a pas été très serré, et a pu permettre l'alimentation et par conséquent une assez longue survie, on trouve des noyaux de généralisation dans le foie. Loison (Paris, 1881) rapporte l'observation d'une femme porteur d'un cancer du cardia ayant duré plus de huit mois qui présentait un noyau carcinomateux d'épithéliome pavimenteux dans le lobe gauche du foie. L'observation que nous publions est un bel exemple de cette généralisation à la surface du foie, plus particulièrement du lobe gauche, d'une très grande quantité de plaques d'un blanc cireux rappelant les taches de bougie, larges comme une pièce de 50 centimes. Transparaissant sous le revêtement péritonéal, elles étaient superficielles et n'avaient pas une épaisseur de plus d'un demi-centimètre.

La généralisation hépatique est plus rare que la propagation par continuité aux parois œsophagiennes. Quelque-

fois ces néoplasmes secondaires sont séparés de la tumeur primitive par plusieurs centimètres de muqueuse saine. Il existe des cas, et nous en rapportons un, où l'œsophage tout entier est transformé en un tube rigide et inextensible.

Indépendamment de la transformation cancéreuse de ses parois, l'œsophage présente quelquefois une autre modification de ses tuniques : c'est la dilatation au-dessus de l'obstacle qui peut avoir des dimensions et des formes assez différentes.

Le plus souvent c'est un diverticule ampullaire qui s'est formé en un point limité de la paroi, et ressemble à un jabot appendu à l'œsophage. Plus rarement la dilatation est circulaire et intéresse tout un segment sur une hauteur variant de 4 à 8 centimètres. Elle fait alors un élargissement cylindrique qui peut acquérir le double et plus de son calibre normal. Il existe cinq ou six observations où les auteurs l'ont comparée au gros intestin, c'est-à-dire deux fois et demie plus large que l'œsophage sain. Dans le cas inédit que nous publions, l'œsophage tout entier à partir du cardia rétréci par le cancer jusqu'à son orifice pharyngien participait à la dilatation et formait un fuseau d'un diamètre double de l'ordinaire en son point le plus resserré, et quadruple en sa portion la plus élargie.

Au niveau de la dilatation, les parois œsophagiennes peuvent être parfaitement normales et simplement étalées par l'extension des tuniques et la pression des aliments dans la poche. Plus souvent leur épaisseur est augmentée non pas toujours, comme l'ont vu certains auteurs, par hypertrophie de leurs éléments constitutants et particulièrement de la musculuse, mais par du tissu conjonctif de nouvelle formation par suite d'une inflammation pres-

que chronique que la présence des aliments qui y séjournent entretient dans la poche ainsi formée. La muqueuse est rarement saine, mais presque toujours enflammée et ulcérée par le contact et la fermentation des aliments qui sont autant de corps étrangers dans un organe qui normalement est vide.

La musculouse est atrophiée et ses fibres écartées, de coloration pâlie, ne forment plus le plan continu et à double couche qui est l'élément le plus important de la paroi œsophagienne normale. Quelques auteurs cependant l'ont vue augmenter de volume et les fibres musculaires hypertrophiées, comme dans les deux cas de Ribes et de Géry (*Société anatomique*, 1836, 1853).

Mais il est fréquent d'observer l'hypertrophie des fibres musculaires dans la portion de l'œsophage sus-jacente à la dilatation lorsque celle-ci n'occupe qu'un segment de l'organe. Quand la tumeur par son volume commence à provoquer le rétrécissement du cardia, la présence des aliments qui ne peuvent pénétrer dans l'estomac excite par action réflexe le péristaltisme qui s'épuise à presser les aliments contre le rétrécissement ; puis la sensibilité de la muqueuse s'émousse et permet le séjour des aliments et la dilatation passive est constituée.

Un symptôme constant des cancers de l'œsophage et du cardia est le rejet, particulièrement le matin, d'un mucus filant très tenace et très abondant dont l'expulsion provoque chez le patient des accès de toux angoissante. Il est formé de salive et de mucus œsophagien, qui dans l'état normal, sont déglutis à chaque instant, mais séjourne au-dessus du rétrécissement lorsque le cancer est constitué. De plus, la sécrétion est très augmentée dans les cas

de dilatation, car les glandules acquièrent quelquefois un développement considérable au point d'être visibles sous la muqueuse. Bucquoy (*Soc. anat.*, 1855) présente un œsophage cancéreux dans son tiers inférieur dont les glandes hypertrophiées avaient le volume d'une tête d'épingle et faisaient saillie sous la muqueuse.

Les complications si fréquentes dans le cancer de l'œsophage, du tiers inférieur dont la symptomatologie est si semblable à celle du cancer du cardia, sont assez rares dans ces derniers. Nous n'avons vu dans aucune observation signalées les perforations ou communications avec les organes voisins qui sont la terminaison habituelle des cancers de l'œsophage. Ce qui domine la symptomatologie du cancer du cardia, c'est l'inanition fatale et rapidement progressive.

La tuberculose pulmonaire se rencontre souvent parmi les symptômes surajoutés ou à l'autopsie; mais elle est rarement la cause immédiate de la mort; signalée pour la première fois par Lebert, la coexistence des deux diathèses, cancer et tuberculose, avait été niée avec énergie, car elle gênait certaines idées théoriques, mais il faut bien se rendre à l'évidence, cette coexistence n'est pas une rareté, mais plutôt la règle. Les malades, atteints de cancer du cardia, qui rend si difficile l'alimentation et finit toujours par l'inanition, sont dans les meilleures conditions de réceptivité de la tuberculose.

Il est assez rare d'observer l'œdème cancéreux d'un membre dans le cours d'un cancer du cardia; c'est là cependant une complication très fréquente des autres cancers de l'estomac. Nous ne l'avons rencontré que dans l'observation de Rouby que nous rapportons.

SYMPTOMATOLOGIE

Le cancer du cardia présente quelquefois un début dramatique. Un homme de cinquante à soixante ans, d'une bonne santé habituelle, sent brusquement, au milieu d'un repas une bouchée s'arrêter en un point de l'œsophage qui l'oblige à des efforts très pénibles de déglutition. Une toux angoissante vient souvent s'y joindre et cet état peut durer quinze ou vingt minutes ; puis le spasme cesse, la déglutition peut s'opérer et l'orage est calmé. Le malade croit qu'il avait avalé une trop grosse bouchée insuffisamment mastiquée et ne s'inquiète pas outre mesure ; sa santé reste bonne et il peut se livrer à ses occupations. Mais cet accident se répète souvent, ou bien, après un seul accès, la dysphagie s'installe progressivement. Mais, le plus souvent, et dans ces cas mêmes où le début semble avoir été subit, la recherche plus attentive des symptômes fait reconnaître que, depuis quelque temps déjà, le malade ressentait dans le dos, au niveau des dernières dorsales et remontant entre les deux épaules, une douleur vague qui semble être toujours le premier symptôme précédant même la dysphagie.

Les bouchées un peu grosses exigent des efforts très pénibles de déglutition ; le malade est obligé de boire presque à chaque instant. Il ne souffre pas, ne vomit pas. L'appétit est conservé, il est seulement obligé à une mastication très complète avant d'avaler et le malaise lui semble négligeable. Bientôt la gêne de la déglutition s'accroît, toute particule solide lui semble s'arrêter au niveau du cardia et le voilà réduit aux bouillies.

En même temps, la salivation devient continuelle ; le matin, il a des régurgitations de matières filantes, glaireuses, si adhérentes qu'il est obligé de les prendre avec les doigts pour s'en débarrasser. Les aliments provoquent une sensation d'étouffement et sont rejetés immédiatement après l'ingestion.

Dès lors, l'inanition s'installe. Le malade ne peut ingurgiter que des bouillies, des potages et encore par cuillerées. La soif devient bientôt un tourment, car les liquides, facilement déglutis au début, ne franchissent plus le rétrécissement. La cachexie fait de rapides progrès ; le malade, extrêmement maigre, n'a plus de forces ; sans ressentir de véritables douleurs (ce qui a lieu cependant si la tumeur est ulcérée), il a une sensation de déchirement plus pénible encore. Dès lors, la cachexie cancéreuse et l'inanition ont bien vite achevé leur œuvre, à moins qu'une complication, plus rapide en sa marche, pneumonie, pleurésie, tuberculose, ne vienne enlever le malade.

On peut observer les améliorations passagères, la déglutition redevient possible, les douleurs sont moins vives et le malade peut calmer la soif et la faim qui le dévorent ; mais de nouvelles proliférations cancéreuses viennent rem-

placer celles que l'ulcération avait désagrégées et la marche fatale continue après cette lueur d'espoir.

Dans le cancer du cardia, l'appétit est presque toujours conservé ; on peut s'étonner de ce fait, car l'un des signes les plus constants et les plus caractéristiques des cancers stomacaux est précisément l'anorexie et la perversion de l'appétit, surtout le dégoût de la viande. On a donné comme raison la vacuité de l'estomac et l'intégrité presque toujours complète de la muqueuse.

L'absence d'acide chlorhydrique ou, tout au moins, sa grande diminution si fréquente dans les cancers de l'estomac, n'a pas été recherchée pour le cancer du cardia. Il est vrai que cette recherche exige des cathétérismes très dangereux à cause des perforations toujours à craindre.

Tels sont rapidement exposés les symptômes et la marche du cancer du cardia. Nous allons examiner maintenant quelques symptômes qui existent, alors même qu'il n'y a pas de dilatation de l'œsophage, mais qui se rattachent cependant d'une manière plus intime à cette complication.

Régurgitations et vomissements. — Tout à fait au début de la maladie, on peut observer de véritables vomissements. Le rétrécissement du cardia n'est pas encore très serré et l'on sait comme la dégénérescence des parois stomacales excite par voie réflexe les vomissements dans tous les cancers de l'estomac. Ils ont lieu peu de temps après l'ingestion des aliments, ou le matin au réveil et sont alors constitués par de la salive et des mucosités filantes très adhérentes, mélangées de débris alimentaires.

Mais le rétrécissement une fois constitué, les malades

ne vomissent plus. Ils présentent alors des régurgitations immédiates et peu abondantes ou tardives et très copieuses qu'un examen superficiel peut prendre pour de véritables vomissements. Dans tous les rétrécissements cancéreux de l'œsophage et du cardia, les aliments, au début les solides seulement, et plus tard les liquides mêmes, sont expulsés dès qu'ils viennent au contact de la partie rétrécie. Il semble que le péristaltisme œsophagien qui du pharynx conduit les aliments à l'estomac, atteignant le point rétréci, se réfléchisse en sens inverse et les rejette immédiatement. Cette intolérance œsophagienne, déjà signalée par Haller dans la très longue observation qu'il donne d'un cas typique de cancer du cardia (*Disputatio ad morborum historiam*, III, p. 31), est désignée sous le nom de vomissement de Wischmann.

Cette régurgitation se fait sans douleurs, sans nausées, sans participation aucune de l'estomac ou des muscles abdominaux et du diaphragme. Elle est liée aux progrès du rétrécissement; rare au début, elle devient habituelle lorsque celui-ci s'oppose au passage des aliments. On comprend qu'elle soit forcément peu abondante, à peine une bouchée, au plus 200 grammes de liquide.

Mais avec les progrès de l'affection, le rejet des aliments change de type: ce n'est plus le vomissement de Wischmann immédiat et de peu de volume, mais un vomissement très abondant, puisque Borsieri l'a vu de plus de 2 pintes, et non plus immédiat mais pouvant retarder de six heures, d'un jour et plus. Il y a rétention œsophagienne comme il y a rétention stomacale dans le cancer du pylore. C'est qu'un nouvel élément s'est ajouté; l'œsophage s'est dilaté et permet le séjour des aliments dans la poche

ainsi formée. Cruveilhier a observé un cas où des grains de raisin avaient été rejetés après plusieurs jours.

Les aliments retenus dans la poche œsophagienne, sont dans les meilleures conditions pour subir diverses fermentations, aussi le patient a-t-il souvent des nausées, des éructations fétides et une haleine désagréable.

Les matières vomies présentent une réaction acide. Mais il ne s'agit pas de digestion comme l'avait admis Mondière. Berg (Tübingen, 1868) pensait que la muqueuse de la poche œsophagienne avait acquis de nouvelles glandes qui lui permettaient une véritable digestion par laquelle vécut le malade dont il rapporte l'observation. Mais sa théorie, basée sur la réaction acide des matières trouvées dans la dilatation n'est pas bien prouvée et il ne manque pas de fermentations dont les produits sont acides.

Ces matières rejetées, par leur abondance, par les fermentations dont elles sont le siège dans la poche, par les efforts souvent considérables que leur rejet nécessite, peuvent, à un examen superficiel, simuler le véritable vomissement stomacal et faire croire à un cancer du pylore avec rétention; dans l'observation que nous publions, cette confusion avait été admise.

Ces vomissements abondants sont constants lorsque le cancer du cardia a déterminé une dilatation de l'œsophage; mais en outre, les malades rejettent, au réveil, une certaine quantité de salive et de mucus œsophagien retenus pendant le sommeil.

L'odeur fade et écœurante de l'haleine, leurs expectorations fétides ont souvent fait penser à une gangrène pulmonaire, et le diagnostic a quelquefois été porté pour

les symptômes de bronchite concomitante. Du reste, la gangrène pulmonaire a été souvent signalée dans le cancer de l'œsophage, on en a donné deux raisons également vérifiées à l'autopsie : l'extension du cancer au poumon, formation d'une fistule par laquelle s'engagent des particules alimentaires et élimination gangréneuse d'une grande portion de poumon, qui laisse une cavité qu'on a vue de la grosseur du poing ; ou bien l'inanition provoquée par le rétrécissement qui met l'organisme dans les pires conditions de résistance.

On a souvent rencontré de la gangrène pulmonaire chez les aliénés qui refusent toute nourriture, et d'autre part, Milliard (*Société anatomique*, 1856) a rapporté une observation d'un malade porteur d'un cancer du tiers supérieur de l'œsophage sans continuité avec le poumon, et dont la mort était due à la gangrène pulmonaire.

Toux, Angoisse cardiaque. — Le séjour de ces matières alimentaires dans l'œsophage dilaté, ne saurait être tolérée par les organes voisins sans notable réaction du cœur et du poumon : aussi, parmi les symptômes de la dilatation de l'œsophage, un des plus caractéristiques est un malaise persistant, une gêne rétrosternale et quelquefois de l'angoisse cardiaque, tous symptômes qui disparaissent subitement lorsque de violents accès de toux viennent vider la dilatation. Ces quintes de toux sont très pénibles pour le malade et l'obligent aux plus grands efforts. Après l'évacuation, le malade se sent infiniment soulagé, jusqu'à ce que la faim l'oblige à reprendre des aliments et à se réexposer aux mêmes souffrances.

Mucosités. Salivation. — Un autre symptôme, que l'on rencontre dans tous les cancers de l'œsophage, mais que la dilatation œsophagienne met en évidence et exagère beaucoup, c'est l'abondance de la sécrétion muqueuse et de la salivation. Le malade continuellement sollicité à avaler les aliments que le rétrécissement arrête, a une sécrétion salivaire très augmentée pour fournir au premier acte de la déglutition, cette salive séjourne dans la poche œsophagienne et fait un liquide spumeux qui dissout les particules solides.

De plus, comme nous l'avons vu à propos de l'anatomie pathologique, les glandes mucipares de la muqueuse œsophagienne sont hypertrophiées et fournissent une sécrétion très abondante. Elle reste dans la dilatation, mêlée aux débris alimentaires et est rejetée le matin en filaments visqueux et si tenaces que, pour s'en débarrasser, le malade doit se servir d'un linge.

Auscultation. — De nombreux observateurs avaient depuis longtemps observé que la déglutition des liquides produisait des bruits anormaux lorsque l'œsophage présentait quelque diminution de son calibre; mais aucun n'avait songé à en faire une étude spéciale, à les différencier et à faire de leur connaissance un élément de diagnostic.

Hamburger publia en 1868 son *Traité de l'auscultation œsophagienne*, travail d'ensemble où la physiologie et la pathologie de l'œsophage sont étudiées au point de vue unique des bruits perçus à l'auscultation.

D'après cet auteur, la déglutition d'un liquide s'accompagne d'un bruit particulier dont le ton et le timbre varient

suivant l'énergie et la rapidité de la contraction œsophagienne.

Il croit pouvoir reconnaître avec certitude l'existence d'un rétrécissement, sa forme, son siège et son degré, ainsi que la présence d'une dilatation. Dans un premier stade où le rétrécissement à son début ne fait que ralentir son passage, le bol alimentaire détermine la production de quelques bulles, puis la coaction devenant plus serrée, les bulles sont plus grosses et produisent un glouglou.

La dilatation en arrière du rétrécissement donne lieu à un véritable gargouillement ; si la dilatation est sacciforme avec une ouverture étroite, le bruit produit par l'échappement de l'air est sifflant. Lorsque la muqueuse, au lieu d'être lisse et lubrifiée, a subi elle-même la dégénérescence cancéreuse, le bruit produit serait analogue au frottement pleural.

Hamburger admet que, pour le cancer à son début, seule l'auscultation donne des renseignements sûrs, le cathétérisme ne donnant de preuves que lorsque le rétrécissement est constitué et où les autres signes sont déjà très nombreux.

Il est possible que, pour la précocité du diagnostic d'un cancer de l'œsophage, l'auscultation soit d'un grand secours : mais les bruits que Hamburger assigne spécialement à la dilatation œsophagienne semblent être difficilement appréciables et assez peu caractéristiques.

PATHOGÉNIE

Quelles sont les causes déterminantes du cancer et de sa localisation au cardia, nous ne saurions en l'état actuel, avoir une opinion à cet égard. Nous tâcherons seulement d'indiquer quelles conditions déterminent la formation de la dilatation de l'œsophage au-dessus du rétrécissement cancéreux. Il semble évident *a priori* qu'en amont de tout rétrécissement dans la longueur d'un organe, il se fasse une rétrodilatation. Cette vue toute théorique et surtout vraie pour l'appareil circulatoire, n'est pas exacte pour le cas particulier du cancer du cardia. Nous avons déjà montré à propos de l'historique, qu'après avoir été admise et rejetée par les auteurs, suivant qu'ils l'avaient ou non rencontrée, elle avait été posée en règle par Béhier et acceptée par tous ; mais la constatation d'un grand nombre de cas négatifs jeta dans l'erreur contraire et il est aujourd'hui de notion courante qu'elle est exceptionnelle, si même elle existe.

Follin (thèse d'agrégation, 1853) est le premier qui étudie la dilatation supracancéreuse. Il croit en voir la cause dans l'insensibilité de l'œsophage, qui, privé de

ses nerfs sensitifs détruits par le néoplasme, ne sait plus réagir par la contraction de la musculature et permet l'accumulation des aliments dont la stase finit par le dilater. Cette explication est peut-être vraie pour les cas, rares du reste, où la muqueuse œsophagienne est envahie dans sa totalité par le cancer, mais quelle apparence que ce soit là la cause lorsque, et c'est le cas le plus fréquent, il n'y a qu'un anneau de 2 à 3 centimètres localisé au cardia et que le reste de la muqueuse est absolument sain. Cependant, il faut remarquer que l'œsophage à l'état normal intolérant de tout corps étranger, supporte, lorsqu'il est atteint de cancer même très localisé, la présence de matières alimentaires qu'il rejetterait bien vite s'il était sain.

On a invoqué comme cause de la dilatation au-dessus du cancer, l'épuisement de la tunique musculaire par des contractions trop longtemps prolongées. L'œsophage, excité à se contracter par la présence des matières alimentaires au-dessus de l'obstacle cancéreux, arrive à perdre sa contractilité par ces efforts trop fréquemment et trop longuement répétés. Cette raison est précisément l'inverse de celle invoquée par Follin qui croit la musculature paralysée dès le début.

Une autre cause indiquée à la dilatation œsophagienne est l'infiltration cancéreuse des fibres musculaires. Dans l'observation que nous rapportons nous avons observé ces cellules néoplasiques qui s'insinuent entre les fibres musculaires et en désorganisent les faisceaux.

Béhier (*Cliniques*, 1864) avait admis et posé en règle que la cause de la dilatation œsophagienne était le siège plus ou moins inférieur du rétrécissement, et qu'avec un

cancer du cardia, l'ectasie œsophagienne était une conséquence forcée.

Nous avons réuni un grand nombre d'observations de cancer tant de l'œsophage que du cardia, et nous l'avons vue signalée fréquemment avec des cancers du tiers inférieur du tiers moyen, et même de la partie supérieure de l'œsophage. Sydney-Coupland (*Lancet*, 1881, p. 893) rapporte l'observation d'un homme atteint de cancer de la portion moyenne de l'œsophage dont la durée avait été très longue et qui présentait une grande dilatation de l'œsophage. Lemaître (Paris, 1880) publie un cas de cancer au niveau du quatrième anneau de la trachée occupant une hauteur de 2 centimètres : l'œsophage au-dessus était très dilaté jusqu'au pharynx.

Nous nous bornons à citer ces deux exemples de dilatation au-dessus de cancers œsophagiens, de même nous pourrions rapporter un grand nombre de cancers du cardia où l'œsophage avait gardé son calibre normal. L'opinion que Béhier avait posée en règle n'est donc pas absolue ; il est évident cependant que le siège plus inférieur du cancer permettra une dilatation plus considérable de l'œsophage.

Il nous semble que les auteurs dans l'appréciation des causes de l'ectasie œsophagienne ont négligé un élément important : c'est la longueur de l'évolution du cancer.

En effet on admet depuis Lebert que le terme extrême d'un cancer de l'œsophage est treize mois, et que pour le cancer du cardia ce terme même doit être abrégé. Or, le malade dont nous rapportons l'observation était porteur de son cancer depuis quatre ans. D'autres observations, sans présenter une survie aussi longue offrent cette

même particularité d'une évolution particulièrement lente. Le malade de Sydney-Coupland dont nous avons déjà cité le cas, en est un exemple. Chowne (*Lancet*, 1841) cite deux exemples de cancer du cardia à évolution longue qui présentaient une dilatation assez considérable de l'œsophage. Barth (*Société anatomique*, 1848, 326) présente un cancer du cardia s'étant accompagné d'une dilatation marquée de l'œsophage chez une femme présentant les symptômes de rétrécissement cancéreux depuis plus de huit mois.

Nous pourrions ainsi multiplier les exemples, prouvant que la dilatation œsophagienne est presque toujours due à la longue durée de la maladie, de même les cancers du cardia qui évoluent rapidement de trois à huit mois ne présentent pas à l'autopsie de dilatation de l'œsophage. Pour ce cas, il est inutile de citer, car c'est la grande majorité : le cancer du cardia a une durée moindre de huit mois, et s'accompagne rarement d'ectasie œsophagienne.

Nous pouvons donc conclure, sans rejeter absolument les autres causes invoquées, que la condition pathogénique de la dilatation de l'œsophage est un rétrécissement assez serré pour provoquer la stase alimentaire, mais permettant l'alimentation par les liquides pendant un assez long temps. Cette explication est confirmée par les faits de dilatation œsophagienne congénitale, c'est-à-dire au-dessus d'un rétrécissement non pathologique de ce conduit. Ces observations sont très rares, la plus typique est celle de Rokitsansky (*Archives générales*, 1840, 330) : un homme de vingt-quatre ans vomissait depuis neuf ans, mort au bout de douze jours d'inanition. A l'autopsie, on trouva un rétrécissement presque total du cardia, dont les fibres très

hypertrophiées faisaient relief dans l'estomac comme le col de l'utérus dans le vagin. L'œsophage était dilaté sur toute sa longueur jusqu'au pharynx à plus du double de son calibre normal, au point d'admettre un bras d'homme. Les tuniques œsophagiennes, surtout la musculieuse, étaient très hypertrophiées.

Delle Chiage (*Il progresso*, 1840) et Luschka (*Virchow's Archives*, 1868) rapportent deux faits semblables. Ces observations montrent bien l'influence prépondérante de la lente évolution du rétrécissement.

Au point de vue anatomo-pathologique, la dilatation est surtout la conséquence du cancer à type ectodermique, dont l'évolution, nous l'avons vu, est plus lente, et qui donne lieu à des rétrécissements. Au contraire, l'encéphaloïde a une marche plutôt destructive, tant des parois de l'œsophage que des organes voisins. Il permet rarement cette survie, qui nous semble la condition nécessaire à la production de la dilatation œsophagienne.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic du cancer du cardia est généralement assez facile. La dysphagie progressive, la douleur et la sensation d'arrêt des aliments au niveau du cardia, les vomissements immédiats après l'ingestion des aliments, l'apparition de l'aspect cachectique assez précoce, et surtout le cathétérisme très prudent de l'œsophage, donne une grande assurance au diagnostic.

Peut-on reconnaître facilement l'existence de la dilatation œsophagienne. Lorsque celle-ci existe, les vomissements ne sont plus immédiats, mais retardent de plusieurs heures après l'ingestion, et quelquefois même on a observé de la rétention pendant plusieurs jours; ils sont souvent très abondants.

Le matin, les malades rejettent une grande quantité de salive et de mucus œsophagien, mélangés de débris alimentaires. Enfin, la présence de cette poche dans le thorax détermine une grande gêne respiratoire, des accès de toux et de suffocation assez inquiétants, et de l'angoisse cardiaque, tous phénomènes qui disparaissent après l'évacuation de la poche.

Mais ces caractères du vomissement qui appartiennent à la dilatation pourraient à un examen superficiel égarer le diagnostic et faire songer à un cancer du pylore.

Dans une observation que nous rapportons, cette confusion avait été quelque temps admise, en raison des caractères très semblables des vomissements et de la rétention alimentaire, souvent de plusieurs jours que présentait ce malade.

Il suffit de connaître la possibilité de l'erreur pour l'éviter et trouver les nombreux autres signes du cancer du pylore.

Le pronostic du cancer du cardia est toujours fatal, dans un délai assez bref. Depuis Libert, on admet treize mois comme terme maximum, néanmoins, on a cité des survies plus longues. Le malade de Ribbentrof (*Annales de Schmitt*, 1846) était porteur de son cancer du cardia depuis plus de deux ans. De même le malade dont nous publions l'observation. Mais ce sont là des exceptions, et même le plus souvent l'évolution depuis les premiers symptômes de la dysphagie dépasse rarement huit mois.

La présence de la dilatation œsophagienne ne saurait en rien modifier le pronostic.

Elle ne se rencontre, il est vrai, que dans les cancers à longue évolution, mais au moment où on la constate, le patient est déjà porteur de son cancer depuis quelques mois et la mort est bien proche.

- Comme elle indique un épithéliome, qui produit surtout des rétrécissements et assez peu de perforation et d'envahissement des organes voisins, on peut prévoir que le malade finira par une inanition progressive et non de pé-

ritonite, pneumonie, pleurésie ou suffocation, comme il est de règle avec le cancer à type cylindrique.

Le traitement du cancer du cardia a toujours été palliatif, aucun auteur n'en a proposé l'ablation. On soutient le malheureux patient avec une alimentation liquide, et, lorsque l'obstacle est devenu infranchissable, par des lavements alimentaires ; la morphine calme ses douleurs, et l'on pare aux diverses complications pulmonaires qui peuvent survenir.

Mais il est difficile d'assister à l'inanition progressive de ces malheureux sans tenter quelque opération dont le résultat même malheureux est peut-être préférable à une inaction sans espoir.

On a fait la dilatation lente et progressive du cardia cancéreux par le passage de bougies de plus en plus grosses.

Ce procédé n'a jamais donné de brillants résultats, il exige une extrême prudence, et malgré cela, donne lieu à de redoutables accidents.

Bien préférable, l'usage de la sonde à demeure dont l'emploi avait été proposé par Boyer en 1831 et appliqué par Krishaber en 1881. C'est une sonde de Nélaton de 50 centimètres. Ce procédé a donné d'excellents résultats, Krishaber cite des cas où on a pu la laisser en place 300, 250 et 160 jours. Mais elle n'est pas également supportée par tous les malades. Elle cause souvent des douleurs au pharynx, et surtout dans l'oreille moyenne au point de la rendre absolument intolérable. Lorsqu'elle est tolérée, ce procédé est évidemment supérieur aux opérations chirurgicales dont la mortalité est d'au moins 70 pour 100 (Bouveret, *Maladies de l'estomac*).

Mais il est des cas où l'on est contraint de recourir à la

gastrostomie. C'est Sédillot qui, en 1849, fit le premier cette opération, bientôt imité par de nombreux chirurgiens. Les résultats furent déplorables et on abandonna les opérations pour les moyens médicaux. Mais les progrès de l'antisepsie rendirent possible l'intervention dans des circonstances plus favorables. La statistique de Johansen (Dorprat, 1888) porte sur 190 cas opérés avec antisepsie, 65 survies de plus de deux mois, soit 34 pour 100.

Lorsque toute la paroi stomacale accessible par la laparatomie est elle-même envahie par le cancer, la gastrostomie est impossible. Bow-Jesset pratiqua alors la jéjunostomie dans deux cas de cancer du cardia. Un des malades survécut un mois et demi, l'autre neuf mois et demi sans aucune douleur et se nourrissant par la fistule.

La présence d'une dilatation œsophagienne au-dessus du cardia cancéreux ne modifie en aucune façon le traitement que l'on a adopté. Elle impose cependant une extrême prudence à l'exploration et au cathétérisme, car les parois en sont souvent si minces que le moindre traumatisme expose aux perforations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Ribhentrop, *Annales de Schmidt*, 1846.

Un homme de cinquante-cinq ans souffrait de troubles dyspeptiques depuis près de deux ans. Il avait des douleurs qu'il localisait à la gorge et à l'estomac. La digestion devint de plus en plus difficile et il était extrêmement amaigri. Les douleurs n'augmentaient pas par la pression au niveau de l'estomac. Rien à signaler dans l'examen, sinon l'augmentation de volume du foie qui débordait les fausses côtes. Le malade vomissait tout ce qu'il prenait, excepté le lait. Il rejetait aussi des mucosités à forte réaction acide. Le malade avait une salivation abondante et toux fréquente. L'inanition fit des progrès continus et le malade mourut après avoir présenté les symptômes de gangrène pulmonaire.

Autopsie. — On trouve une caverne gangréneuse du poumon droit. L'œsophage avait depuis son origine jusqu'à son extrémité presque le calibre du gros intestin ; les parois étaient épaisses de 4 à 5 lignes, dures, inégales et fongueuses. La muqueuse était ulcérée et la musculuse détruite en grande partie.

Le cancer se prolongeait sur le côté gauche de l'estomac. A l'orifice cardiaque se trouvait une grosse masse cancéreuse comme un œuf de poule. L'estomac était vide et contracté.

Le foie excessivement gros présentait dans son épaisseur plusieurs masses cancéreuses disséminées dures et blanc jaunâtre, du volume d'un œuf de poule à celui d'une lentille.

OBSERVATION II

Rouby, *Société des Sciences médic. de Lyon*, 1875.

Ch. B..., âgé de soixante-neuf ans, raconte que depuis quatre mois ses aliments lui semblent s'arrêter au niveau du tiers inférieur du sternum. Cette gêne de la déglutition, d'abord spécialisée aux solides, est allée en progressant et il ne peut plus ingérer qu'avec peine et avec précaution les boissons et le lait. Les solides sont immédiatement rendus par régurgitation. Il est très amaigri et profondément cachectique ; pas de vomissement, une hématomatose de sang rutilant. L'inanition fit de rapides progrès et deux jours avant sa mort le malade présenta l'œdème cancéreux du membre inférieur gauche. Douleur violente dans tout le membre qui est froid et insensible. Les mouvements sont impossibles. On ne perçoit aucun battement sur le trajet des artères du membre. Au triangle de Scarpa, on sent un cordon dur roulant sous le doigt que l'on sent jusqu'au milieu de la cuisse.

Autopsie. — Le cardia est rétréci par une tumeur carcinomateuse, bourgeonnante, de 10 centimètres de diamètre, ulcérée sur sa face interne et envahissant une portion de la petite courbure. L'estomac est rétracté et semble sain.

OBSERVATION III

(Due au Dr Pont, interne des hôpitaux.)

Il s'agit d'un malade qui fut envoyé à l'hospice Sainte-Eugénie.

On se proposait, lorsque sa santé le permettrait, de faire une opération pour un cancer du pylore qui avait été diagnostiqué.

Agé de cinquante ans, il se plaignait depuis un an de ne pouvoir s'alimenter, autant par difficulté de la déglutition que par dégoût pour tous les aliments. Au début de son affection, il avait eu de fréquentes régurgitations d'un liquide filant et visqueux mélangé à de la salive et dont l'expulsion lui provoquait de grands accès de toux. Il n'avait jamais eu de véritables vomissements.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il avait commencé à présenter des vomissements très abondants, très fétides, ne survenant que tous les deux ou trois jours. En présence de sa cachexie cancéreuse très nette et de ces vomissements à type pylorique, on avait pensé à un cancer du pylore déterminant de la rétention stomacale.

A l'examen, M. Pont ne découvrit par la palpation aucun signe de tumeur, de rétention ou de dilatation de l'estomac. Il passa une sonde pour faire un lavage et soulager le patient; la sonde ne put pénétrer plus avant que 38 centimètres et son introduction détermina un vomissement assez abondant, exclusivement œsophagien, sans participation du diaphragme ou des muscles abdominaux, mais avec un violent accès de toux.

Plusieurs cathétérismes furent ensuite pratiqués, avec une grande prudence, pour vider cette poche œsophagienne. Le malade fut mis au régime liquide, nourri uniquement de lait et de potages, à l'exclusion de tout aliment solide. Après plusieurs semaines de régime, il se portait beaucoup mieux et voulut partir.

OBSERVATION IV

G..., âgé de quarante-quatre ans, entre à la salle Sainte-Élisabeth en juillet 1897, son père est mort à soixante-quinze ans, d'affection non spécifique, la mère est bien portante, quatre frères bien portants.

Aucun antécédent héréditaire. Le malade n'a jamais eu d'affection d'estomac, n'est pas alcoolique.

Il y a quatre ans, il fit un séjour de quinze jours à l'hôpital Necker, où on le traita par le bromure de potassium pour un spasme œsophagien. Il sortit soulagé et continua le traitement chez lui. Il n'était pas parfaitement guéri, et souvent il avait quelques accès de spasme qui provoquaient une dysphagie absolue pour les solides.

Actuellement, le malade se plaint d'une vive douleur au niveau de l'épichondre gauche, depuis deux mois environ. A ce niveau, on sent une masse dure, douloureuse à la pression, qui semble être le lobe gauche du foie considérablement tuméfié.

Pas d'ictère, pas de selles blanches, la matité splénique n'est pas augmentée d'étendue. A la constipation a succédé un peu de diarrhée, gargouillement abdominal, pas d'ascite. Ni toux, ni expectoration.

Le malade a maigri de 10 kilogs depuis quelque temps. Le spasme de l'œsophage est revenu.

Rien aux poumons. Au cœur le premier bruit est un peu prolongé.

Le diagnostic étant spasme de l'œsophage, on donne 6 grammes de bromure de potassium.

Après un cathétérisme, le malade a rendu des mucosités contenant une matière de couleur chocolat où le microscope a montré très nettement des globules rouges.

Après filtration, le liquide donne les réactions du vert brillant et de Gunzburg négatives, la réaction d'Uffelmann très nettement positive, coloration beau jaune.

A la date du 12 août, il est noté. On sent le foie à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Matité en arrière et à droite jusqu'à la pointe de l'omoplate, avec égophonie, pectoriloquie aphone et abolition des vibrations. Depuis deux jours, le malade rend une expectoration purulente, sans efforts. Ces vomituritions existaient depuis quelque temps déjà, mais n'étaient pas purulentes.

13 août. — Au niveau du tiers moyen du poumon droit, on perçoit de gros gargouillements.

15 août. — Mort.

Autopsie. — On trouve une dilatation considérable de l'œsophage.

Mesuré à plat et non fendu, il a 7 centimètres de largeur. Sa circonférence, quand on y laisse couler de l'eau sans pression, est de 17 centimètres. Cette dilatation est cylindrique et uniforme. L'œsophage est rempli de matières alimentaires.

De nombreux ganglions indurés occupent tout le médiastin et la petite courbure de l'estomac.

L'estomac est dilaté. Au cardia, cancer assez gros en anneau, assez rétréci n'admet pas le petit doigt.

Il y a un œdème énorme des bases pulmonaires, surtout à gauche.

Énorme cancer du lobe gauche du foie. Sur toute la surface du foie, mais plus rares sur la partie droite et supérieure du foie, nombreuses taches de bougie, superficielles, détruisant le tissu hépatique sur une profondeur d'un demi centimètre.

Rien au cœur.

La pièce a été mise dans le formol pour l'examen anatomo-pathologique. Il a été fait par le Dr Duplant, interne des Hôpitaux, préparateur au Laboratoire d'anatomie pathologique, qui a mis à notre disposition sa compétence d'histologiste et beaucoup de son temps, avec une obligeance dont nous sommes heureux de le remercier.

L'œsophage mesure 23 centimètres de longueur. Il est dilaté dans toute son étendue du cardia à sa portion pharyngienne, avec un renflement dans sa portion moyenne. Posé à plat, il mesure successivement 10, 12 et 17 centimètres dans sa portion la plus dilatée : à 6 centimètres au-dessus du cardia, il ne mesure plus que 7 centimètres.

Enfin, au niveau même du cardia, l'œsophage est très rétréci et se perd dans la tumeur qui l'entoure d'un bourrelet très épais, plus à droite et en arrière où il mesure 5 centimètres d'épaisseur qu'en avant et à gauche où il n'a que 2 centimètres et demi.

On trouve huit ganglions du volume du pouce, très durs, adhérents aux tuniques œsophagiennes. Celles-ci sont épaissies et mesurent 1 centimètre d'épaisseur, double de leur volume normal, elles ont perdu leur souplesse et sont dures et rigides.

Enfin, la tumeur elle-même est dure, sans point ramolli, et se limite exactement au cardia sans empiéter sur l'estomac.

Examen histologique. — Deux portions ont été prélevées au niveau de la tumeur et dans la paroi œsophagienne à 5 centimètres au-dessus.

Fragment de la tumeur (objectif 3 ; ocul. 3 de Reichert). Il ne reste rien de la muqueuse.

Dans la couche sous-muqueuse, on remarque une certaine infiltration épithéliomateuse très considérable, dans laquelle les masses cellulaires ne sont limitées que par un stroma de faible importance constitué par les fibres conjonctives de la sous-muqueuse.

Dans la musculuse, les trainées épithéliales dissocient les faisceaux musculaires. Les fibres sont de couleur pâle. On commence à trouver la disposition des éléments néoplasiques en couches pavimenteuses stratifiées, limitant les bandes épithéliales. Au centre existent les formations cornées caractéristiques.

A un plus fort grossissement (objectif 5, ocul. 3 de Reichert): De la périphérie au centre d'un tube épithélial, on trouve d'abord des cellules ovalaires ayant un protoplasma peu abondant, un noyau rond et volumineux à nucléole bien apparent. Plus en dedans, les éléments se rapprochent de la forme quadrangulaire, le protoplasma augmente d'importance et le noyau diminue de volume. La coloration est beaucoup moins nette que dans la première couche, par places, quelques-unes de ces cellules sont déjà infiltrées d'éléidine. Elles affectent une disposition circulaire, leurs bords sont imbriqués.

Tout au centre, les éléments cellulaires ont subi en partie la transformation cornée avec noyaux peu apparents et des couches cornées concentriques dont la disposition est celle des globes cornés des tumeurs ectodermiques.

Dans la tumeur, on voit des infiltrations hémorragiques. Le calibre des vaisseaux est dilaté, et en beaucoup de points, ceux-ci sont infiltrés de cellules cancéreuses.

Portion de la paroi. — Dans la muqueuse, on note la

dilatation considérable des cavités glandulaires, la dégénérescence granulo-graisseuse des cellules, et l'épaississement de la limitante de la glande.

La musculaire est infiltrée d'éléments néoplasiques, mais on ne retrouve qu'en de rares points les formations cornées typiques. Les cellules musculaires sont jaunes, leurs noyaux sont mal colorés, il ne semble pas qu'il y ait hypertrophie des cellules elles-mêmes, non plus qu'augmentation de la couche musculieuse.

CONCLUSIONS

De l'étude précédente, nous croyons pouvoir conclure :

I. La dilatation de l'œsophage est loin d'être la règle au-dessus du cancer du cardia, comme on l'admet généralement.

II. La condition pathogénique la plus importante n'est pas l'insensibilité de la muqueuse qui permettrait le séjour des aliments, non plus que le siège très inférieur du rétrécissement, mais la longue évolution du néoplasme avec un rétrécissement assez serré, mais permettant cependant l'alimentation.

III. La dilatation est le plus souvent ampullaire, portant sur tout un segment de l'œsophage. Rarement celui-ci est dilaté sur toute sa hauteur. La variété néoplasique qui s'accompagne le plus fréquemment de l'ectasie œsophagienne est l'épithéliome à type épidermique. La musculieuse est le plus souvent altérée.

Les glandes œsophagiennes sont très augmentées de nombre et de volume.

IV. Aux symptômes habituels du cancer œsophagien : dysphagie fatalement progressive, sensation d'arrêt des aliments au niveau du rétrécissement, douleurs et régurgitations, la dilatation ajoute de vrais vomissements souvent très abondants pouvant simuler les vomissements avec rétention du cancer du pylore.

V. Ceux-ci pourraient à la rigueur égarer le diagnostic et faire songer à des vomissements gastriques avec rétention ; la gêne respiratoire, l'angoisse cardiaque, la toux dont ils s'accompagnent et surtout la connaissance du rétrécissement par l'exploration prudente avec la sonde œsophagienne permettront le diagnostic exact.

VI. La connaissance de la dilatation sus-cancéreuse n'apporte aucun élément au pronostic de l'affection ; sans doute elle existe surtout avec les formes les plus lentes, mais quand on la constate, le malade est porteur du néoplasme depuis plusieurs mois.

VII. Le traitement de la dilatation ne saurait exister ; mais sa constatation impose une prudence extrême dans l'exploration de l'œsophage, à cause des perforations trop faciles au niveau des masses ramollies et des parois sans consistance.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
LÉPINE

Vu : LE DOYEN,
LORTET

Permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ

